

Gérontopôles : hier, aujourd'hui et demain

Régis GONTHIER CHU de Saint-Etienne, laboratoire SIS EAM 4128 (université de Lyon)
 Emilie ACHOUR, Jean-Claude BARTHELEMY CHU de Saint-Etienne
 Loïc GEFFROY Laboratoire SIS EAM 4128 (université de Lyon)

Les gérontopôles sont des infrastructures nouvelles qui visent à développer le partage d'expérience, la recherche et l'innovation dans le champ du vieillissement. La coopération et le décloisonnement des acteurs de terrain, ainsi que le rapprochement avec les équipes de recherche qui s'intéressent à ce champ, sont indispensables pour lutter contre la dépendance et ses pathologies associées ; c'est à ces conditions qu'il sera possible d'amener l'innovation au plus près des citoyens âgés qui souhaitent, pour la plupart, rester à domicile. Les gérontopôles de l'Hexagone ont mis en place des centres d'excellence à socle commun et spécificités locales. Cet article propose d'analyser les forces et les faiblesses de ces nouveaux dispositifs. Un préalable pour soutenir leur développement dans différentes régions de France.

ENGLISH VERSION

GÉRONTOPÔLES : YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW

The new infrastructure Gérontopôles are designed to develop the sharing of experience, research and innovation in the field of aging. Cooperation and the opening up of players in the field and the reconciliation to the research teams who are interested in aging, are a need in the fight against addiction and age-related diseases: what is the price it will be possible to bring innovation closer to the senior citizens who mostly want to stay at home ? Existing Gérontopôles set up centers of excellence that have a common base and local specificities. It seems important to analyze the strengths and weaknesses of these new devices for power in a second time to support their development in different regions of France.

L'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie permet à un nombre croissant de sujets d'atteindre un âge très avancé. Sensibiliser les acteurs de notre société à cette évolution est indispensable si l'on veut favoriser la prise de conscience de cette transition démographique et offrir aux personnes âgées une qualité de vie digne du XXI^e siècle. Deux approches sont indispensables et complémentaires : la nécessaire prévention pour bien vieillir à domicile d'une part ; l'optimisation de la prise en soins et de l'accompagnement des sujets souffrant de maladies évolutives et de handicaps lourds d'autre part. L'enjeu est complexe. Il s'agit de regrouper, autour de ces thématiques, des partenaires extrêmement nombreux et souvent très différents en termes de compétences, culture et objectifs. Et ce dans un même but : partager des valeurs communes.

Le terme « gérontopôle » a été utilisé pour la première fois en 2005 par le Pr Pierre Pfitzenmeyer (CHU de Dijon) pour mobiliser et fédérer les forces vives de la recherche ou du développement sur de nouvelles pratiques, de nouveaux services et de nouveaux produits.

Pertinence

Il existe une pertinence à élaborer de nouvelles priorités de santé publique. Les raisons sociétales sont multiples et souvent mal repérées.

L'augmentation de l'espérance de vie doit être couplée au bien-vieillir à domicile

Dans le monde moderne, le vieillissement est accepté par les individus dans la mesure où la période de vie à la retraite est associée au maintien de l'autonomie, à une absence de ségrégation par rapport

aux jeunes et à un maintien des liens sociaux. En ayant consacré 2012 « Année européenne du vieillissement actif », la Commission européenne souligne que le vieillissement actif est un défi commun à nos sociétés européennes.

Actuellement, on observe plutôt une augmentation du temps passé en incapacité (dernières données épidémiologiques). L'information et l'éducation du public sur les facteurs associés à un bon vieillissement paraissent insuffisantes. De même en France, le dépistage précoce des maladies, le traitement des facteurs de risques (HTA, diabète...) et le maintien d'une bonne hygiène de vie (exercice physique adapté, alimentation) ne sont pas suffisamment prioritaires, à la différence de ce qui se pratique dans d'autres pays développés.

Il est nécessaire de sensibiliser les acteurs du domicile à toutes les situations à risques validées sur le plan épidémiologique afin d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité. La recherche d'efficacité

Des plateformes de préservation de l'autonomie sont à développer tout en stimulant une « conscience » préventive chez tous les acteurs de la gérontologie.

implique de développer des réseaux partenaires : associations de retraités, organismes de protection sociale complémentaires, collectivités et professionnels de santé.

La fragilisation du lien social

La transformation des villes et des bassins de vie avec la modernisation, l'évolution des emplois, la mobilité nécessaire des jeunes adultes agissent indirectement sur l'environnement et le cadre de vie des personnes âgées : les relations transgénérationnelles se sont fragilisées et l'isolement des personnes âgées est de plus en plus flagrant. Ce phénomène a été révélé au grand public par l'épisode de canicule en 2003.

La Fondation de France, par des enquêtes itératives, indique que le nombre de personnes âgées totalement seules est en augmentation régulière dans le monde rural, mais aussi en ville. En d'autres termes, notre société contemporaine individualiste fondée sur l'autonomie doit adapter son mode d'organisation pour aller au contact de ces personnes et sauvegarder le lien social. Il incombe aux associations et collectivités de s'associer pour permettre une amélioration continue de leurs services aux personnes âgées. Pour chaque personne qui avance en âge, la priorité est de vieillir à son domicile, intégrée dans un entourage qui lui apporte sécurité et affection grâce à un panel d'aides adaptées et de qualité.

La prévention de la dépendance

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) recommande de compléter la politique de prévention de la « morbidité évitable » (lutte contre le cancer, l'alcool, les accidents de circulation, le suicide, le sida...) par la lutte contre les « incapacités évitables »¹. Trois cibles sont à privilégier pour réduire le pourcentage de personnes de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie. **ENCADRÉ 1**

Avec le vieillissement, souvent de manière insidieuse et progressive,

des « fragilités » et pathologies chroniques sont à l'origine d'un déclin fonctionnel. Ces déficits fonctionnels réduisent les capacités d'autonomie des personnes âgées. Ils sont susceptibles de conduire peu à peu à la dépendance.

La prévention de la perte d'autonomie nécessite le repérage précoce des populations à risque. Ce repérage en population générale suppose la mobilisation des professionnels du soin. Les acteurs « naïfs » qui gravitent autour de la personne âgée en train de se fragiliser sont aussi à mobiliser.

Des plateformes de préservation de l'autonomie sont à développer. L'impact des programmes de prévention multidomaine (nutrition, activité physique, stimulation sociale, stimulation cognitive) doit être évalué tout en stimulant une « conscience » préventive chez tous les acteurs de la gérontologie : aidants naturels, bénévoles, professionnels aidants à domicile.

L'adaptation des espaces publics et privés aux besoins d'une population vieillissante

La qualité de vie des personnes âgées est conditionnée par le cadre de vie et la sécurité des espaces extérieurs. Il faudrait plus de voies piétonnes dans

TROIS CIBLES POUR PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE **ENCADRÉ 1**

- Éviter, depuis le plus jeune âge et tout au long de la vie, les facteurs de risques des maladies liées à l'âge : sédentarité, surpoids, mauvaise alimentation, tabagisme...
- Lutter contre l'inactivité physique et mentale.
- Dépister les situations de fragilité qui induisent un risque accru de dépendance : le diagnostic se fonde sur les symptômes de fatigue, de dénutrition, de trouble de l'équilibre, l'isolement social...

les villes, davantage d'espaces verts et de commerces de proximité, un mobilier urbain (toilettes...) et des espaces de repos adaptés. Le transport est un autre élément déterminant du bien-vivre en ville. Les transports collectifs ne sont pas toujours jugés sûrs par les personnes à mobilité réduite ou fragile. Des alternatives aux transports publics – abordables financièrement – sont souvent nécessaires. Les logements pavillonnaires en couronnes péri-urbaines ne conviennent pas à des occupants âgés (nécessité d'une voiture individuelle). La valorisation d'un habitat proche des services et des centres-villes contribuerait au maintien du lien social. L'habitat du centre-ville est souvent vétuste (pas d'ascenseur, de douche...). Réfléchir à des solutions nouvelles et/ou alternatives s'impose, malgré la résistance au changement des personnes âgées. Ces démarches sont complexes, les implications politiques et économiques nombreuses.

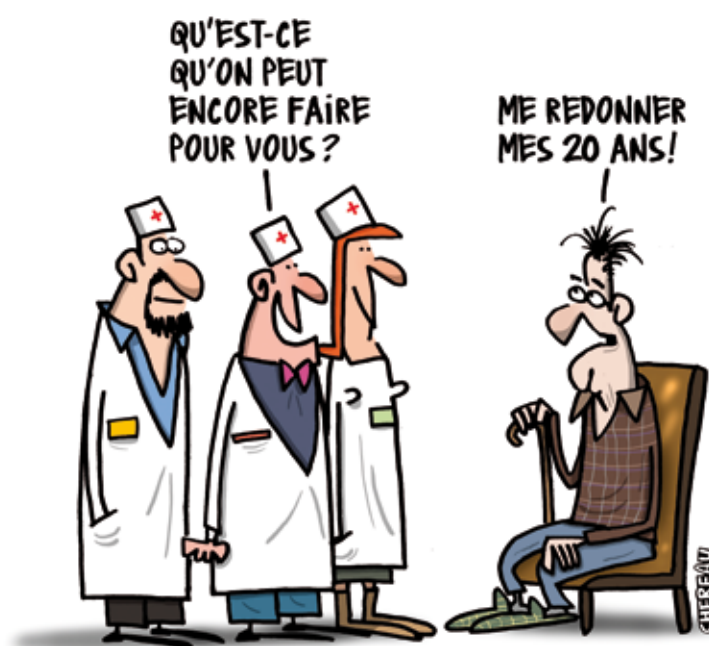
L'amélioration des parcours hospitaliers

En 2010, 33% des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées en service médecine/chirurgie/obstétrique (MCO); 44% de ces hospitalisations ont eu lieu en urgence. Améliorer la prise en charge à l'intérieur des structures hospitalières pour limiter la perte d'autonomie induite est essentiel: la dénutrition, la dépression, les chutes et le risque iatrogénique lié aux médicaments ne sont pas assez pris en considération².

De même, la transition ville/hôpital à l'admission (notamment à partir d'une maison de retraite) ou à la sortie du patient âgé doit être améliorée pour assurer la continuité du suivi, en modifiant les pratiques de l'ensemble des partenaires d'un territoire: selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), une meilleure coordination entre les acteurs du système de soins, du secteur médico-social et du secteur social améliorerait l'accompagnement des sujets âgés en risque de perte d'autonomie. Et serait source d'économies pour l'assurance maladie.

L'utilisation des aides techniques

La prise en charge à domicile s'appuie souvent sur des aides techniques qui favorisent la sécurité. Les plus utilisées concernent la détection des chutes (téléalarme) ou la géolocalisation (prévention). Beaucoup d'autres technologies se développent: analyse des fluides dans un domicile (gaz), robots assistants (téléassistance)... Les bénéfices pour l'état de santé des personnes en situation de perte d'autonomie demeurent insuffisamment évalués.



L'accompagnement de la fin de vie

Dans la période qui suit le passage à la retraite, nos contemporains connaissent une phase importante de changements de rôles et d'identités. Après quelques années, plusieurs activités familières – sports, voyages – ne sont plus possibles. Dans ce contexte, les différentes pertes – physique, relationnelle et psychique – sont très mal acceptées.

L'angoisse face à la mort est fréquente. Et une défiance se développe vis-à-vis des soignants. Accompagner une personne durant sa fin de vie n'est pas chose aisée, même si la loi Leonetti du 22 avril 2005 a donné un cadre aux prises de décisions (refus de l'obstination thérapeutique, collégialité, avis de la personne de confiance...). La qualité de la prise en charge de la fin de vie n'est jamais acquise: les dysfonctionnements sont souvent médiatisés, ce qui fragilise et questionne les équipes soignantes; les décisions doivent tenir compte des problématiques individuelles et familiales; elles méritent d'être discutées (réflexion éthique), car il ne s'agit pas simplement d'appliquer des protocoles; elles nécessitent un apprentissage permanent pour respecter la dignité du patient en fin de vie.

1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, «Pour une politique de prévention au service de l'autonomie», rapport 2010.

2. Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, «Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes». Président: Dominique Libault. Rapporteurs: C. Mourier, C. Waquet. Janvier 2013.

Nécessité et enjeux de nouvelles approches

Le vieillissement sociétal oblige à mettre en œuvre de nouvelles orientations politiques : transformation de l'offre de soins pour mieux accompagner les usagers au domicile ; simplification des parcours des sujets souffrant de plusieurs pathologies chroniques et en situation complexe du fait de leur isolement ou de leurs incapacités. Et parallèlement, multiplication d'actions à l'échelle des microterritoires : maintien des commerces de proximité, adaptation des logements individuels, organisation des liens entre générations, mise à disposition des moyens de transport collectif... Il s'agit de favoriser le bien-vieillir et de permettre aux citoyens âgés de rester actifs dans la société civile.

La protection des sujets âgés vulnérables est complexe (intervention sociale, accès aux droits, solidarité, bénévolat de proximité). Elle présente de nombreuses facettes qui appellent plusieurs

En 2010, 33% des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées en service médecine/chirurgie/obstétrique ; 44% de ces hospitalisations ont eu lieu en urgence.

développements (directives anticipées, soutien administratif, formation de bénévoles pour s'occuper des personnes âgées en situation d'isolement relationnel...). L'encadrement et la régulation des aides techniques ou des innovations proposées aux bénéficiaires seront nécessaires pour garantir des offres pertinentes et adaptées aux besoins des âgés.

Les problématiques que nous venons d'exposer montrent que l'adaptation de la société au vieillissement est complexe, car il existe de nombreux points de blocage. Avancer suppose de promouvoir de nouveaux concepts – lesquels doivent faire l'objet de recherche, le plus souvent multidisciplinaire – et de nouvelles gouvernances évaluées à l'échelon local et national.

Les priorités de changement et de transformation de nos organisations sont nombreuses. En voici quelques exemples.

Le repérage de la fragilité et la prévention de l'incapacité

Une politique de prévention de l'incapacité cible l'ensemble des événements péjoratifs dont la survenue peut porter atteinte à l'autonomie. Or, la

prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques du grand âge. Elle doit s'exercer à tout âge. Lutte contre les accidents domestiques, prévention routière, prévention cardio-vasculaire, lutte contre la prise de substances addictives : autant d'actions qui contribuent clairement à la prévention de la perte d'autonomie, à condition d'être mises en œuvre suffisamment tôt.

Le système de santé français est principalement curatif et insuffisamment organisé en termes de prévention et de promotion de la santé publique³. Selon Bruno Vellas, les forces de la médecine gériatrique doivent se développer auprès des sujets non encore dépendants, mais à risque de le devenir, c'est-à-dire les sujets fragiles et préfragiles. Il s'agit d'une absolue nécessité si nous voulons prévenir l'accroissement rapide de la dépendance dans notre population vieillissante⁴.

Il convient de cibler prioritairement les catégories sociales qui en ont le plus besoin et s'efforcer d'atteindre en priorité les catégories sociales les moins accessibles aux messages de prévention⁵.

Une condition de la réussite est que cette action de dépistage de la fragilité puisse être étroitement articulée avec les solutions d'accompagnement proposées aux personnes concernées (par exemple, pour une reprise de l'activité physique, une modification

des pratiques alimentaires, une meilleure socialisation). Les réseaux sociaux ou associatifs contribuent au repérage. La coordination des intervenants est un prérequis indispensable. C'est donc toute une nouvelle politique médico-sociale qui est appelée à être mise en place et à être évaluée sur le plan local et régional.

L'intégration des soins. Le guichet unique

La population âgée vivant à domicile avec plusieurs pathologies a des besoins médico-psychosociaux complexes qui exigent une coordination des services d'aide et de soins au domicile et une meilleure articulation avec les services hospitaliers. Les besoins de cette population sont insuffisamment repérés. L'inadéquation entre les besoins des personnes et les services offerts entraîne des passages aux urgences pour des situations de crises dites « sociales »^{6,7}.

La fragmentation du système de santé – entre la ville et l'hôpital, les soins aigus et les soins de longue durée, le formel et l'informel, le financement du soin par l'assurance maladie et le financement du social par les conseils généraux – est en grande partie à l'origine de ce dysfonctionnement⁸.

L'intégration des soins est la façon par laquelle les sociétés développées espèrent maîtriser les tensions et contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé.

L'intégration vise à inciter les acteurs à coopérer plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour réduire la fragmentation de l'offre de soins et accroître l'efficacité du système de soins. Ce concept complète celui de la coordination des soins qui a prévalu dans la conduite de la majorité des politiques publiques du champ gérontologique depuis les années 1970 en France⁹. Cette approche nécessite une organisation nouvelle avec la volonté de conserver le potentiel d'innovations, de partager des domaines de compétences et de conserver des marges d'autonomie. Un *leadership* s'impose pour déployer de nouveaux modes d'organisation du travail.

Le guichet unique permet d'améliorer l'accessibilité de la population âgée vers l'obtention des services et donne des résultats encourageants, tant sur les pratiques professionnelles que sur l'état de santé des populations¹⁰. La mise en place de guichet intégré est en cours dans le dispositif des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) issue du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. Mais il est difficile d'évaluer l'implication des professionnels de santé dans ce dispositif et d'évaluer le changement dans les pratiques professionnelles. Cette approche « révolutionnaire » est un processus ambitieux. Elle nécessite une mobilisation locale et régionale importante.

La dépendance évitable et l'hospitalisation évitable

Améliorer la prise en charge hospitalière implique que les établissements diffusent la culture gériatrique à l'ensemble des unités de médecine/chirurgie afin de réduire l'incidence des événements indésirables induits par les soins, ainsi que l'incidence des pathologies nosocomiales et de la perte d'autonomie induite par l'hospitalisation.

Les référentiels de bonne pratique doivent être orientés sur l'interaction des activités de base de la vie quotidienne (transfert, alimentation, toilette...), la perte de poids involontaire et la dénutrition, la désafférentation sensorielle et le risque confusogène, les plaies de pression et le risque de l'immobilisation, la prévention du risque iatrogénique médicamenteux...

De nouveaux schémas d'organisation sont à tester comme la désignation du médecin gériatre référent



© UJH de Limoges

au sein des structures MCO (orthogériatrie...) ou comme la pratique préopératoire de l'évaluation gériatrique pour réduire les complications postopératoires.

Limiter le recours à l'hôpital pour des sujets déjà soignés dans un établissement médicalisé comme les Ehpad et limiter les réhospitalisations précoces sont un autre défi important pour réduire les coûts (parmi les réhospitalisations, la proposition des réadmissions évitables a été évaluée à 23% en 2012, indique la HAS)¹¹. Planification personnalisée de la sortie et amélioration de la communication entre professionnels réduisent le risque de rupture entre l'hôpital et le domicile, et diminuent les réhospitalisations. Il n'existe pas de modèle unique et fiable pour une réduction des coûts grâce à une moindre utilisation de l'hôpital¹². Des études complémentaires sont nécessaires.

3. Igas, « Santé, pour une politique de prévention durable », rapport annuel, 2003.
4. B. Vellas, S. Sourdet, P. Cestac, S. Oustric, J.-E. Morley, « Repérer et prendre en charge les personnes âgées fragiles en pratique clinique : nous ne devons plus attendre », *L'Année gérontologique* 2013 : 6-7.
5. « La réduction des inégalités sociales de santé dépend d'une meilleure prévention qui doit s'exercer dès l'enfance », Académie de médecine, rapport 2002.
6. Asch SM., Sloss EM., Hoyan C., Brook RH., Kravitz RL., "Measuring underuse of necessary care among elderly Medicare beneficiaries using inpatient and outpatient clarins", *JAMA* 2000; 284 (18): 2325-33.
7. G. Derame, D. El Kouri, M. Hamidou, E. Carre, G. Potel, « Les passages non justifiés au service d'accueil urgences : proposition d'une offre de soins différenciée », *Presse médicale* 2004; 33 (12) : 780-3.
8. M. de Stampa, I. Vedel, S. de Montgolfier, J.-F. Buyck, D. Thorez et al., « Un guichet unique dans un réseau gérontologique pour l'orientation des personnes âgées », *Santé publique* 2013; 25 (1) : 7-14.
9. D. Somme, H. Trouve, Y. Passadori, A. Colvez, C. Jeandel et al., « Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2014; 12 (1) : 5-12.
10. M. Johri, F. Beland, H. Bergman, "International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence", *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18 (3) : 222-35.
11. Haute Autorité de santé, « Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées. Note méthodologique et de synthèse bibliographique », 2013.
12. K. Van Craen, T. Braes, N. Wellens, K. Denhaerynck, J. Framaing, P. Moons, S. Boonen, C. Gosset, J. Petermans, K. Milisen, "The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and metaanalysis", *J Am Geriatr Soc* 2010; 58 (1) : 83-92.

Les gérontechnologies et aides techniques

La recherche appliquée et les progrès en domotique s'invitent de plus en plus dans l'accompagnement de la personne âgée vulnérable. Mais le recours aux aides techniques ne s'exerce pas dans n'importe quelles conditions. Appropriation et usage quotidien sont essentiels. Il importe de sensibiliser le public et les professionnels aux différentes aides techniques

La qualité de la prise en charge de la fin de vie n'est jamais acquise. Elle appelle un apprentissage permanent pour respecter la dignité du patient en fin de vie.

disponibles et de s'assurer qu'elles répondent bien à des besoins évalués en amont. Un travail important de labellisation est à conduire, via une collaboration active entre cliniciens et industriels.

L'isolement et les solidarités de voisinage

À partir de 75 ans, la fréquence des relations amicales, familiales et affinitaires diminue sensiblement. Cette difficulté à développer des sociabilités de proximité est importante dans les grandes villes. Parmi les personnes âgées isolées, 56% vivent dans une ville de plus de 100 000 habitants, révèle une enquête de la Fondation de France réalisée en 2014¹³. L'isolement et la solitude engendrent une vulnérabilité importante au grand âge, avec parfois une perte d'initiative et de confiance, une réduction des activités de la vie quotidienne, une baisse de la qualité de vie et une dévalorisation de son image (blessure narcissique). Grâce au mouvement lancé par Michèle Delaunay en décembre 2013 (Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés - Monalisa), il

est prévu de déployer le bénévolat et de former des équipes citoyennes homogènes en s'appuyant sur des structures existantes (comme l'expérience des Petits Frères des pauvres). Les équipes de bénévoles ont vocation à s'appuyer sur des partenaires qui ont l'habitude de travailler ensemble (Croix-Rouge française, Armée du salut, Restos du cœur...).

Des repères éthiques sont proposés autour de valeurs fondamentales communes (respect de la dignité, de la liberté, des choix et des droits de chaque personne accompagnée). Il est important, au niveau de chaque région, d'animer un travail régulier d'échange et d'animation collective et de favoriser l'engagement des citoyens désireux d'agir. Des collaborations avec des collectivités territoriales ou des associations sont nécessaires.

L'éthique de la fin de vie

La peur d'une « mort indigne » est une préoccupation majeure de la société. Pour les professionnels, il y a urgence à améliorer les pratiques afin d'éviter les obstinations déraisonnables de soins, à développer la collégialité dans les prises de décisions et à renforcer les soins palliatifs. Les professionnels doivent lutter contre la demande sociétale qui souhaite dépénaliser l'euthanasie pour réduire le risque d'une mort indigne. Il convient d'intensifier les efforts pédagogiques pour expliquer les progrès permis par la loi Leonetti.

Les principes de prise en charge relatifs aux personnes très âgées qui connaissent des défaillances multiviscérales sont largement méconnus. Une recherche clinique innovante permettrait de bien apprécier les besoins de cette population et de mieux maîtriser les bénéfices-risques d'un certain nombre de possibilités thérapeutiques parfois coûteuses (dialyse, assistance respiratoire, chimiothérapie...). L'industrie pharmaceutique développe des protocoles portant sur les chimiothérapies orales pour les patients âgés. Il paraît important d'accompagner cette nouvelle voie de recherche afin d'améliorer les traitements, tant à visée curative que palliative, des sujets très âgés.

Cancéropôles : l'exemple à suivre pour les gérontopôles ?

Sous l'impulsion du plan Cancer 2003-2007, des cancéropôles se sont créés pour améliorer la qualité de prise en charge des patients, développer des outils communs et soutenir la recherche en favorisant le transfert de la recherche académique vers des applications cliniques et industrielles.



© 2011

Le développement des cancéropôles a permis de sensibiliser le grand public sur les risques de cancer en lien avec l'exposition à des facteurs environnementaux (amiante, pollution...) et sur l'importance de la prévention (lutte contre le tabagisme...). Ces structures ont eu le mérite de favoriser les échanges entre chercheurs et entreprises travaillant dans les domaines des biomarqueurs, de la radiothérapie, des nouvelles approches thérapeutiques et de la médecine personnalisée (éducation...). Les cancéropôles assurent la promotion de l'excellence scientifique, la valorisation de l'interdisciplinarité, le décloisonnement entre chercheurs, cliniciens et industriels. Ils favorisent le soutien de l'innovation et le développement économique territorial. Après dix ans d'existence, les cancéropôles sont devenus, avec le soutien de l'Institut national du cancer (Inca), des acteurs incontournables de l'accompagnement et du développement de projets innovants en oncologie. Selon Bruno Vellas, les gérontopôles ont matière à s'inspirer des cancéropôles : il s'agit d'un exemple à suivre, bien que les problématiques liées au vieillissement soient très différentes. Les gérontopôles doivent se concevoir comme des centres d'excellence qui permettront d'amener l'innovation, de lutter contre la dépendance et les pathologies liées au vieillissement, tout en valorisant l'approche en termes de sciences humaines et sociales.

Gérontopôles actuels : les points communs

Le colloque qui s'est tenu le 4 septembre 2013 à Paris, à l'initiative de la Mutualité française et de l'équipe de recherche Santé, individu et société de l'université de Lyon, a permis de dresser un panorama **ENCADRÉ 2** des gérontopôles régionaux en activité **TABLEAU 1** et des gérontopôles en cours de création. Les gérontopôles existants se sont constitués à partir d'initiatives régionales en conduisant des activités susceptibles de contribuer à la recherche clinique et à l'innovation. Ils bénéficient de collaborations de chercheurs travaillant sur le vieillissement, la qualité des soins, les conséquences des pathologies chroniques et de la perte d'autonomie. Ils possèdent des cellules de réflexion (conseil scientifique) qui analysent la pertinence des projets sur les plans éthique, pédagogique et scientifique, de manière indépendante et réaliste.

Une infrastructure dans chaque gérontopôle a été créée pour coordonner les actions (centre de recherche clinique), traiter les biostatistiques et constituer les bases de données, ou encore pour accélérer des financements et répondre à des appels d'offres. Des attachés de recherche

PANORAMA DES GÉRONTOPÔLES RÉGIONAUX

ENCADRÉ 2

Gérontopôles en activité

- Midi-Pyrénées : gérontopôle de Toulouse
- Pays de la Loire : gérontopôle des Pays de Loire
- Bourgogne/Franche-Comté : pôle interrégional Bourgogne/Franche-Comté
- Picardie/Nord/Pas-de-Calais/Basse-Normandie : pôle interrégional de gérontologie Nord-Ouest

Gérontopôles en cours de création

- Rhône-Alpes : pôle gérontologique et de l'autonomie (Saint-Etienne)
- Languedoc-Roussillon : Montpellier
- Île-de-France : Paris
- PACA : Nice-Marseille

ORGANISATION DES GÉRONTOPÔLES EXISTANTS*

TABLEAU 1

	TOULOUSE	PAYS DE LA LOIRE	NORD	BOURGOGNE - FRANCHE-COMTÉ
Création	2007	2010	2009	2010
Structure juridique	Pôle spécialisé au sein de l'établissement	Association	CGS	Association
Budget de fonctionnement	700 K€	300 K€ 7 permanents	250 K€	300 K€ 5 permanents
Sources de financement	Ministre de la Santé Conseil régional	Conseil régional	ND	Conseils régionaux
Objectifs/Services	Recherche translationnelle	Recherche Formation Développement économique Conseil territorial	Recherche fondamentale et médicale	Développement économique Formation
Positionnement thématique	Fragilité Alzheimer	Autonomie Longévité	Qualité des soins	Nutrition Aidants

* Source : colloque de la Mutualité française et de l'équipe de recherche Santé, individu et société de l'université de Lyon, 4 septembre 2013, Paris

clinique et des infirmiers de recherche clinique ont pu être recrutés pour mener une recherche de terrain (services de gériatrie des hôpitaux généraux, Ehpad).

Prévention de la dépendance : la première préoccupation de l'ensemble des gérontopôles

Il s'agit de développer une recherche multidomaine, adossée à des collaborations entre professionnels qui visent à repérer les sujets fragiles dans la communauté ou les structures hospitalières. L'objectif est de conduire des actions en leur direction. Il existe en effet une réversibilité clinique fondée sur des préconisations simples et efficaces en

13. «Les solitudes en France», Fondation de France, enquête 2014. www.fondationdefrance.org.



© Communication CHU de Nancy

Rôle dans le développement économique et l'innovation : troisième point commun

Les acteurs de la gérontologie apportent la connaissance des besoins aux industriels qui le leur demandent afin de développer de nouveaux produits, de nouveaux concepts et les accompagner. Il existe donc un apport d'expertise et, le cas échéant, de labellisation.

Chaque fois, la structure des gérontopôles permet de réunir des groupes de travail pluridisciplinaires pour une approche globale et transverse des problématiques du vieillissement. Ces groupes n'ont pas une approche purement sanitaire : ils se situent dans une dimension territoriale et sont également une porte d'entrée des initiatives régionales, nationales, voire internationales. Ils favorisent la structuration des projets de recherche de longue haleine.

Particularités des gérontopôles d'aujourd'hui

Les gérontopôles ont des points communs, mais on observe dans chaque région qui porte de telles structures d'importantes particularités ; cela s'explique par l'histoire locale des organisations gérontologiques et par les thèmes de recherche des équipes travaillant sur le vieillissement. Il existe plusieurs typologies de gérontopôles. Certains sont centrés sur la recherche médicale, d'autres sur la *silver* économie. D'autres encore sur les acteurs de territoire.

Leurs créations ont été de type *bottom up*, c'est-à-dire qu'elles se sont appuyées sur les pratiques des professionnels préexistantes, en prenant en compte des actions ou innovations déjà mises en place.

À Toulouse, d'importantes thématiques de recherche ont été conduites sur la maladie d'Alzheimer ou la dénutrition, dans les Pays de la Loire sur l'organisation et l'adaptation des territoires du vieillissement (Diagnostic action environnement longévité - Datel - en lien avec l'Acade¹⁴), en Bourgogne dans le domaine de la prévention des chutes, de l'éthique ou des aidants de patients souffrant de pathologies chroniques. Inversement, le pôle interrégional de gérontologie Nord-Ouest s'investit totalement dans la recherche et l'innovation pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de la personne âgée.

Ce modèle de coconstruction fondé sur la participation des chercheurs, des acteurs impliqués dans l'organisation des soins et des décideurs politiques locaux (collectivités, industriels) a permis de mobiliser les partenaires issus de cultures différentes, de créer une cohérence régionale en matière de prévention de la dépendance et d'étude du vieillissement. Mais ce modèle d'élaboration a été très

termes de qualité de vie et de prolongation de l'espérance de vie sans incapacité. Ce type de recherche multidisciplinaire appelle une mobilisation d'acteurs au-delà du secteur sanitaire. Des acteurs issus de cultures différentes, avec des interfaces avec les professionnels du domicile (paramédicaux, centre communal d'action sociale...) ou des associations (France Alzheimer, SOS-Amitié...). Cette recherche multidomaines exige une capacité d'entraînement et d'adhésion que seules des organisations comme un gérontopôle peut réussir.

Formation et enseignement en lien avec les métiers : le deuxième axe commun

Pour assurer des soins et un accompagnement de qualité, les gérontopôles proposent une formation de terrain « tous azimuts » très diverse à l'attention des paramédicaux, acteurs du secteur social, aidants et leur famille (et même parfois des élus !). La majorité de ces formations est délocalisée au maximum au niveau local pour diffuser des bonnes pratiques et favoriser la « bientraitance » : elles sont souvent interactives et pluridisciplinaires. La formation universitaire académique (nouveaux diplômes universitaires) est associée à des journées à thèmes ou à l'organisation de colloques.

Une priorité est de mieux former et accompagner les aidants, car ils jouent un rôle clé dans de nombreuses pathologies du sujet âgé (Alzheimer, Parkinson, cancer, AVC...). Le gérontopôle des Pays de Loire a ainsi créé une « école des aidants ». Le gérontopôle de Bourgogne/Franche-Comté a conçu un suivi pluridisciplinaire de cohorte d'aidants, dans l'objectif de mieux identifier les besoins et attentes des aidants de patients souffrant de pathologie chronique.

chronophage. Il a demandé un travail acharné pour aboutir à une structuration fédératrice (exemple pour les Pays de la Loire, la réflexion a commencé en 2004 et le gérontopôle a été créé en 2010).

Cela a abouti à la création d'organisations de type associatif avec conseil d'administration et conseil scientifique. Néanmoins, les membres de droit varient d'un gérontopôle à l'autre. La place de l'agence régionale de santé (ARS), du conseil régional, de l'assurance maladie et de l'université n'est pas identique, ce qui crée des complexités de fonctionnement (par exemple, en Bourgogne/Franche-Comté, le gérontopôle doit compenser avec deux régions administratives ayant une histoire et des réalités de terrain différentes. En Pays de la Loire, deux CHU différents sont impliqués et trois universités : Nantes, Angers, Le Mans).

Pour l'utilisation des subventions publiques complétées par des financements d'acteurs privés, les solutions ont été diverses. En Pays de la Loire par exemple, une «SAS gérontopôle» a été créée avec l'ARS, au sein d'une structure mixte privée/publique. Quoi qu'il en soit, les gérontopôles se sont «auto-construits» de manière progressive en développant des collaborations à l'intérieur de leur région. Et ce sans financement important des pouvoirs publics, à la différence des cancéropôles et des centres pour le sida.

Perspective de développement de nouveaux centres

Le colloque du 4 septembre 2013 a mis en valeur la dynamique des gérontopôles dans plusieurs autres régions.

- **En Rhône-Alpes**, l'initiative de création d'un gérontopôle revient à la ville de Saint-Etienne, confrontée au vieillissement important de la population. À partir d'un point de départ infrarégional (bassin stéphanois), une structuration progressive se met en place pour favoriser la recherche et l'enseignement en soins primaires, via les médecins généralistes, mais pas seulement, avec aussi les paramédicaux ou l'entourage des sujets âgés. Les compétences de la recherche pluridisciplinaire, notamment dans le champ des sciences humaines et sociales de la région Rhône-Alpes, sont mises à contribution pour insuffler une dimension régionale aux différents projets. Les liens entre Lyon, Grenoble et Saint-Etienne sont en cours de structuration.
- **En Languedoc-Roussillon**, l'indice de vieillissement est également élevé. Dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire III, l'ARS a créé une plateforme à vocation régionale pour

fédérer les compétences et les ressources en gérontologie. Objectif : décloisonner les acteurs avec des partenariats publics/privés afin d'initier de nouveaux travaux de recherche et de développement, mais aussi contribuer à l'essor économique régional en gérontologie en tenant compte de l'histoire locale. L'agglomération de Montpellier a prévu, pour donner de la visibilité à un gérontopôle, un projet foncier au sein duquel prendront place une structure gériatrique et gérontologique, un pôle médico-social et une plateforme de compétences dédiés à la formation et à la recherche.

- **En Île-de-France**, il y a consensus en faveur d'un gérontopôle. Les compétences sont nombreuses en recherche sur le vieillissement dans le domaine de la clinique, de l'épidémiologie, des sciences fondamentales ou des sciences humaines et sociales. Mais il existe actuellement un manque d'échange et de collaboration entre les équipes. La création, en cours, d'un gérontopôle permettra de regrouper des compétences et l'émergence de thèmes fédérateurs – comme la prévention de la

Les forces de la médecine gériatrique doivent se développer auprès des sujets non encore dépendants, mais à risque de le devenir, c'est-à-dire les sujets fragiles et préfragiles.

perte d'autonomie – par la prise en compte des facteurs de la fragilité.

- **En région Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le CHU de Nice travaille avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille en considérant tous les métiers et disciplines concernés par le vieillissement. L'enjeu est d'impliquer médecine, droit, économie, lettres, philosophie...

Forces et opportunités Freins et menaces

La gériatrie est une discipline médicale appelée à s'investir au-delà de l'hôpital et du secteur sanitaire pour accompagner un vieillissement réussi et la prévention de la dépendance. L'organisation actuelle est insuffisante dès lors qu'il s'agit de faire face aux nouveaux besoins en qualité et en quantité des personnes âgées vivant à domicile.

Des acteurs de terrain au niveau de plusieurs régions de France tentent, grâce à des bases opérationnelles permises par des gérontopôles, de regrouper les différents partenaires universitaires, institutionnels

14. G. Berrut, S. Guérin, «Aménagement du territoire et vieillissement», *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2014 ; 12 (3) : 243-6.



et industriels. Sont visées l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées, une recherche plus efficace, interdisciplinaire, et directement applicable par l'amélioration de la qualité de vie à domicile ou en maison de retraite.

Il n'existe pas de modèle unique susceptible de faire l'objet d'une labellisation. Enfermer les gérontopôles actuels et futurs dans un carcan administratif unique, susceptible de stériliser des expériences de terrain

Il existe plusieurs typologies de gérontopôles : certains sont centrés sur la recherche médicale, d'autres sur la silver économie, d'autres encore sur les acteurs de territoire.

fructueuses, serait une erreur. Inversement, il paraît utile de proposer des recommandations favorisant la mise en place d'organisations efficaces.

L'existence d'un gérontopôle crée un lieu d'échange, de réflexion, de proposition et d'action pour un plus grand nombre de décideurs impliqués. Et ce afin que la phase de vie du grand âge bénéficie, dans une dimension économique raisonnable, des progrès sociaux et techniques.

Le domicile est la solution privilégiée par une grande majorité de Français. Les innovations à envisager pour améliorer les services à la personne, favoriser le maintien de la vie sociale et maintenir la sécurité grâce aux avancées technologiques sont nombreuses. La présence d'un gérontopôle permet aux personnes âgées qui vivent à leur domicile l'accès au diagnostic, à l'innovation et à la recherche thérapeutique. Auparavant, elles en ont été souvent exclues. La plupart des essais dans l'organisation des soins, l'éducation thérapeutique ou le médicament, ont été réalisés chez des adultes, non chez les personnes âgées : le gérontopôle propose de coordonner une recherche clinique « multidomaine » grâce au décloisonnement favorisé par une approche transverse et globale de chaque problématique.

Les gérontopôles améliorent aussi la réflexion sur l'organisation des territoires de santé et la cohérence régionale en matière de formation. Les gérontopôles qui fonctionnent sont à l'origine de nombreuses formations pour les professionnels du secteur médico-social, les aidants et collectivités territoriales. Le dialogue avec les entreprises impliquées dans la domotique, l'aménagement urbain ou l'agroalimentaire apporte de nombreuses pistes d'innovation. La vocation des gérontopôles n'est pas seulement régionale : leur mission est de s'impliquer dans les programmes hospitaliers de recherche clinique (notamment des programmes médico-sociaux de recherche clinique) et les appels d'offres de l'Agence nationale de la recherche.

Une des difficultés réside dans la mobilisation des conseils généraux : selon Paulette Guinchard, « ils n'ont aucune pratique de la problématique de la recherche car, pour l'instant, ils sont des distributeurs d'aide ». Les amener à s'impliquer est important : ils constituent de vrais relais en direction des personnes âgées.

Les agences régionales de santé créées par la loi Hôpital, patients, santé, territoires n'ont pas l'habitude de s'investir dans l'ambulatoire et le médico-social car, auparavant, en qualité d'agences régionales de l'hospitalisation, elles s'impliquaient

surtout dans le champ hospitalier.

Actuellement, les financements publics sont insuffisants et ne permettent pas d'anticiper des projets à longue échéance. La fragilité de ces structures est certaine, car il n'y a pas eu de financement important, à la différence des cancéropôles. La majorité des emplois rattachés aux gérontopôles (attachés de recherche clinique, chargés de projet) sont des contrats à durée déterminée.

Comment pérenniser la dynamique actuelle ? Il serait intéressant d'établir un cahier des charges avec l'aide du ministère de la Recherche et de produire des recommandations destinées à faciliter la mise en place des gérontopôles sans pour autant vouloir d'emblée, en l'absence d'un recul suffisant, délivrer des labellisations à la manière des processus conduits pour les centres mémoires de ressources et de recherches. Chaque gérontopôle pourrait ainsi présenter des spécificités – afin de tenir compte des compétences locales – mais avec un socle commun permettant de traiter un certain nombre de thématiques prioritaires (prévention de la dépendance, parcours de soins, iatrogénie, formation...) et de participer à des protocoles de recherche.

Les auteurs remercient
Mmes G. Haumesser
et M. Papin-Morardet
pour l'organisation
et le compte-rendu
sténographié des actes
du colloque du
4 septembre 2013.



GRAND ÂGE & HANDICAP

SOLUTIONS & ÉQUIPEMENTS pour mieux vieillir & mieux soigner



EXPOSITION - CONFERENCES - ANIMATIONS



19-21 MAI 2015
PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

SALONS
SANTÉ
AUTONOMIE



REJOIGNEZ-NOUS



salons-sante-autonomie.com

UNE MANIFESTATION



UNE ORGANISATION



ROSE

MAGAZINE

OFFERT

N°7
AUTOMNE-HIVER
2014-2015

HÔPITAL
REPENSÉ

THÉRAPIES
personnalisées

MALADES
CONSIDÉRÉS

Contre
LE CANCER,
LA RÉVOLUTION
en marche!

WWW.ROSEMAGAZINE.FR

LE CANCER AU FÉMININ